



GOVERNO DO ESTADO DO PARANÁ
SECRETARIA DE ESTADO DA ADMINISTRAÇÃO E DA PREVIDÊNCIA
DIVISÃO DE MEDICINA E SAÚDE OCUPACIONAL
FICHA DE INFORMAÇÕES MÉDICAS

3. Alimenta-se bem	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	
4. Mora em residência com água e esgoto	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	
5. Faz uso de algum medicamento de forma contínua?	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	

3. Antecedentes de Doenças na Família (Pai, mãe, irmãos):

			ESPECIFIQUE
1. Pressão alta	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	
2. Doenças do coração	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	
3. Reumatismo	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	
4. Diabetes	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	
5. Doenças do pulmão	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	
6. Doenças cerebrais	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	

4. Houve alguma modificação no seu estado de saúde nos últimos anos? SIM NÃO

Qual modificação e quando aconteceu?

5. Apresenta no momento alguma impossibilidade de assumir de forma plena o cargo ou função a que está se propondo?

SIM NÃO

Especifique:

6. Já possui outro cargo Público além deste que está assumindo? SIM NÃO

Caso a resposta seja positiva, especificar (qual é o cargo e qual a esfera de atuação se municipal, federal ou estadual):

7. Declaro serem verdadeiras as informações acima prestadas, comprometendo-me a submeter-me aos exames clínicos e laboratoriais que venham a ser solicitados, a partir desta data, pela Secretaria de Estado da Administração, através da Divisão de Medicina e Saúde Ocupacional, para comprovação ou elucidação do afirmado na presente declaração, bem como estou ciente que posso ser responsabilizado nas esferas administrativa, civil e criminal pela incorreção de qualquer uma das informações prestadas.

Local: _____ Data: ____/____/____.

(Assinatura do Candidato)

(PREENCHER COM LETRA DE FORMA E SEM ABREVIAR)

NOME:				
CPF:		RG:		
ÓRGÃO EMISSOR/ESTADO:		DATA EXPEDIÇÃO:		
CARTÃO SUS:				
NOME DA MÃE:				
NOME DO PAI:				
NOME DO CÔNJUGE:				
ESTADO CIVIL:		PROFISSÃO:		
DATA NASC:		SEXO:	COR:	RELIGIÃO:
NACIONALIDADE:		NASCEU EM (CIDADE/ESTADO):		
END. RESID.:		Nº	COMPLEMENTO:	
BAIRRO:		CEP:	FONE RES.: ()	
MUNICIPIO:		ESTADO:	CELULAR:()	
EMAIL:				